

CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO POR MOTIVOS DE ASISTENCIA
A CENTRO SANITARIO

Dr./ Dra....., con nº de colegiado/a.....
en su condición de director/a sanitario/a de la Clínica Dental, con
NIF....., y domicilio en

DECLARA:

Que como consecuencia de las restricciones establecidas por el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, se restringen movimientos de personas en varios ámbitos territoriales del país salvo para determinados desplazamientos debidamente justificados, entre ellos, **los desplazamientos a centros sanitarios para recibir asistencia.**

Por tal circunstancia y a los efectos de su posible acreditación ante la autoridad competente,

CERTIFICA:

Que D./Dª con DNI, es paciente del la Clínica Dental..... ubicada en la Calle, estando citado/a el día..... de.....de 2020, a las horas, por lo que debe desplazarse al centro sanitario al fin de ser asistido/a.

En,..... a de..... de 2020.

Y para que así conste, expido el siguiente certificado.

Fdo.: